In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













CAT DEVANT 1 GROS REIN

I. INTRODUCTION – DEFINITION
II. DIAGNOSTIC (positif – diff – étio)
III. ATTITUDE THERAPEUTIQUE

I. INTRO-DEF :

- C'est l'↑↑ globale du V³ rénal => pouvant intéresser le parenchyme, les cavités excrétrices ou l'atmosphère péri rénale.
- Un gros rein peut se définir :

  - *Cliniquement* => une masse palpable dans la fosse lombaire.
  - *Echographiquement* => un rein dont la longueur est supérieure à 12 cm, la largeur à 6 et l'épaisseur à 3.
  - *Radiologiquement* => un rein dont la hauteur dépasse celle de 3 vertèbres et demi.

- La découverte peut donc être clinique, échographique ou radiologique ; la plupart du temps à l'occasion d'examens d'imagerie prescrits pour une symptomatologie non urinaire.
- La découverte d'un gros rein impose :
  - d'affirmer l'origine rénale => Est ce vraiment une masse rénale ?
  - d'éliminer les masses de voisinage.
  - de déterminer l'étiologie pour adapter le traitement.

II. Dg :

1. Dg + :

- ***Interrogatoire :*** recherche
- Les ATCD personnels et familiaux,
- Les signes urologiques => hématurie, CN, lombalgies, trbles de la miction …
- Les signes généraux => AEG, syndrome infectieux…

- ***Examen clinique :*** le patient en DD :
- **La palpation :** bimanuelle examine la fosse lombaire :
  - Recherche de **contact lombaire** : masse rénale perçue par la main postérieure.
  - Recherche si la masse est fixée ou libre par l'étude de la mobilité rénale entre les 2 mains : **ballottement rénal.**
  - Apprécie :
    - ✓ Le caractère douloureux ou non.
    - ✓ La taille,
    - ✓ Le volume,
    - ✓ La consistance,
    - ✓ La régularité,
    - ✓ Les limites de cette masse.
- **La percussion :** retrouve en avant la sonorité colique qui barre cette masse et affirme son siège rétropéritonéal.
- **Examen des OGE :** recherche de varicocèle G.
- **Les touchers pelviens :** à la recherche de Tm prostatiques ou pelviennes.

  ⇨ 3 caractères permettent d'affirmer ***l'origine rénale*** de cette masse :
  - Elle donne un ***contact lombaire*** => la main post la perçoit nettement, et ce contact peut être transmis d'une main à l'autre (***ballottement rénal***).
  - Elle est ***mobile*** avec la respiration => s'abaisse à l'inspiration profonde.
  - Elle est ***barrée en avant par la sonorité colique*** à la percussion (le colon est situé devant le rein, à D comme à G).

- ***Examens complémentaires :*** dominés par l'échographie et le scanner :

Echographie : elle résoud un grand nombre de problèmes à elle seule : elle permet :

- d'apprécier la morphologie rénale (parenchyme et VE) => permet donc d'affirmer l'appartenance rénale de la masse => apprécie ses limites, ses dimensions, sa nature (liquide ou solide), son câ uni ou bilatéral.
- d'apprécier +/- la fonction rénale => index cortico-médullaire (épaisseur du parenchyme).
- d'étudier le rein controlatéral et les autres organes (bilan d'extension).

UIV :

- N'est plus systématique, elle n'a d'intérêt que dans l'hypothèse d'un syndrome obstructif pour identifier la nature de l'obstacle, son retentissement fonctionnel sur le rein et de préciser l'état du rein controlatérale.

o **ASP :** peut montrer :
- Une augmentation de l'ombre rénale ;
- Un effacement du bord externe du psoas ;
- Une ou des images de tonalité calcique se projetant sur l'arbre urinaire ;
- Une surélévation des coupoles diaphragmatiques ;
- Des anomalies du cadre osseux.

- **Après injection :**

➢ Permet d'apprécier :
- Les dimensions du rein,
- ses contours,

➢ Peut montrer :
- Une dilatation des VE ;
- Une déformation, un étirement, un refoulement des CPC ;
- Un déplacement des tiges calicielles ;
- Une amputation, une dilatation de l'uretère => le niveau de l'obstacle ;
- Un retard de sécrétion ou d'excrétion ;
- Une mutité rénale ;
- Permet l'étude du rein controlatéral, du bas appareil urinaire.

⇨ L'UIV apporte donc des renseignements :
- morphologique : rein (les contours du rein), voies excrétrices ;
- topographique : siège du rein, siège de la masse ;
- fonctionnel : qualité de la sécrétion et de l'excrétion

⇨ Limites de l'examen :
- Insuffisance rénale chronique,
- Mutité rénale.

Scanner : permet de lever la plupart des incertitudes qu'aurait laissées l'échographie => il permet d'étudier tous les plans tissulaires rénaux et péri rénaux, leur valeur fonctionnelle et les éventuelles extensions tumorales.

➢ Apprécie l'architecture du rein, des voies excrétrices ;
➢ Précise
- l'origine du gros rein => au dépend du parenchyme ou des VE ;
- l'aspect solide ou liquidien,
- la prise ou non du PC,
- les dimensions,
- l'homogénéicité ;
- la topographie de l'anomalie rénale et ses rapports avec le voisinage ;

➢ Apprécier le rein controlatéral et les autres organes…

Phlébographie et artériographie : La capacité du scanner à étudier tous les aspects d'un syndrome tumoral fait que la **phlébographie** et l'**artériographie** rénale ne sont plus réellement nécessaires dans la plupart des cas.

Opacifications des VE (UPR, PUD) : Permettent un moulage exact des CPC, elles sont justifiées dans certaines hydronéphroses notamment lorsque le rein est muet à l'UIV ou les images sont peu nettes.

2. **Dg diff :** il faut éliminer :

***Les masses du flanc:**

➢ à droite :
- *tumeur hépatique :* rein normal à l'échographie et au scanner.
- *grosse vésicule biliaire :* hydrocholécyste ou pyocholécyste => l'écho permet le dg.
- *tumeur de l'angle colique droit :* symptomatologie colique => la coloscopie permet le dg => rein normal à l'écho.

➢ à gauche :
- *tumeur de l'angle colique gauche :* (coloscopie).
- *grosse rate :* clinique => bord antérieur crénelé - écho.
- *tumeur de la grosse tubérosité gastrique :* symptomatologie digestive => la fibroscopie permet le dg.
- *tumeur de la queue du pancréas :* TDM.

***Les masses rétro péritonéales :**

- Les hématomes péri-rénaux :
- La sclérolipomatose péri rénale :
- Les surrénalomes : syndrome endocrinien / rein abaissé svt de morphologie normale => TDM permet le dg.
- Les adénopathies lombo-aortiques : refoulent le rein en dehors par leur volume.
- Le séminome rétro-péritonéal primitif : (testicule ectopique rétropéritonéal).
  Les sympathomes : repoussent le rein en DH, en arr et en bas. Ils peuvent comprimer le rein, étirer les calices, comprimer l'uretère entraînant une hydronéphrose égarant le dg.
- Les tumeurs péri ou para néphrétiques : lipomes, fibromes, sarcomes, mésenchymomes, dysembryomes. (ces tumeurs peuvent atteindre un volume considérable, comprimer le rein ou le déplacer en le laissant intact).

3. Dg étio :

❖ GROS REIN TUMORAL :

Les tumeurs solides :

1. le cancer du rein : Il s'agit généralement *d'un adénocarcinome rénal* => hématurie, AEG => Le scanner confirme le diagnostic et permet le bilan d'extension

2. les tumeurs bénignes du rein :

- **Angio-myo-lipome :**
  - Tm bénigne (faite de fibres musculaires lisses, de tissu adipeux et de nombreux vaisseaux.).
  - Touche souvent la ♀.
  - L'échographie révèle une tumeur hyperéchogène et le scanner objective une masse de densité graisseuse.
  - Elle s'intègre parfois dans le cadre d'une phacomatose. (mdie de Bourville ???)

- **Oncocytome**: tm des C tubulaires

- **Adénome** :

  - Le dg différentiel avec le cancer est difficile, apporté par l'exploration chirurgicale.
  - L'échographie confirme la dilatation des voies excrétrices et précise le degré d'atrophie du parenchyme rénal.
  - L'UIV révèle une dilatation des voies excrétrices ou une gêne à l'évacuation des urines se traduisant par un retard de sécrétion et/ou un retard d'opacification des cavités excrétrices.
- **Angio-myome**
- **Fibrome médullaire**
- **Tm rares (lipome, hémangiome)**

Les tumeurs kystiques :

1) *Kyste rénal*:

- Unique ou multiple, souvent asymptomatique, ne nécessitant aucun traitement.
- L'échographie affirme la nature liquidienne de la masse qui est parfaitement régulière : Masse anéchogène, circulaire, périphérique => En cas de doute, le scanner confirme le dg.

**** Classification TDM des kystes selon Bosniak ****

- Type I : (kyste simple)
  - Densité hydrique (–10 à 20 UH)
  - Homogène
  - Limites régulières sans paroi visible
  - Absence de rehaussement (< 10 UH)
- Type II : (atypies minimes)
  - Cloisons fines
  - Fine calcification pariétale
  - Kyste hyperdense (> 50 UH) < 3 cm
  - Absence de rehaussement (< 10 UH)
- Type IIF : (atypies significatives)
  - Plus de 3 cloisons
  - Calcification épaisse
  - Kyste hyperdense (> 50 UH) > 3 cm
- Type III : (kyste suspect)
  - Cloisons nombreuses et/ou épaisses
  - Paroi épaisse
  - Limites irrégulières
  - Calcifications épaisses et/ou irrégulières
  - Contenu dense (> 20 UH)
  - Rehaussement de la paroi ou des cloisons
- Type IV : (kyste très suspect)
  - Paroi épaisse et irrégulière
  - Végétations ou nodule mural
  - Rehaussement de la paroi ou des végétations (> 15 UH)

2) *KHR* : Le diagnostic est surtout échographique et sérologique.

**** Classification de Gharbi ****

- Stade I : Kyste univésiculaire, simple ;
- Stade II : dédoublement de la paroi ;
- Stade III : aspect en nid d'abeille ;
- Stade IV : pseudo-tumoral ;
- Stade V : kyste calcifié.

3) *Polykystose rénale* :

- Le diagnostic est orienté par le contexte familial => ATCD familiaux de PK rénale.
- Examen clinique : 2 gros reins.
- Imagerie : gros reins bosselés, irréguliers avec de nbreux kystes + une désorientation calicielle.
- L'affection doit être surveillée du fait de son évolution vers la destruction du parenchyme => l'IRC, l'HTA.

❖ GROS REIN D'OBSTACLE :

1) **Les lithiases :**
- Clinique : CN, lombalgies…
- L'écho et l'UIV confirment le dg et donnent le siège et la nature de l'obstacle =>
- La découverte d'1e HDN implique la recherche de son étiologie qui peut siéger au niveau de tout l'arbre urinaire

2) **JPU (ou calcul enclavé dans la JPU).**
3) **Les tumeurs urothéliales (TV, TVE).**
4) **La sténose extrinsèque par compression de voisinage (ADP, Kc dig, Kc génital) => (dg : TDM).**
5) **Le méga-uretère.**
6) **La sténose post-traumatique, iatrogène (chir pelvienne), post-radique.**
7) **La sténose cicatricielle tuberculeuse.**
8) **La bilharziose.**
9) **Fibrose rétro-péritonéale.**
10) **HBP ou Kc prostatique avec retentissement sur le haut appareil.**

❖ GROS REIN INFECTIEUX (fébrile) :

1) Abcès du rein :

- Il est à évoquer s'il existe la notion de porte d'entrée à l'infection staphylococcique ou si l'on retrouve l'épisode bactériémie à l'origine de la localisation.
- Le dg est donné par les ECB répétés, les hémocultures, l'U.I.V et l'échographie.
- Cliniquement il réalise un gros rein avec :
  - Douleur
  - atteinte sévère de l'état général
  - hyperthermie
  - et souvent des urines limpides.
- Il fuse volontiers vers l'atmosphère péri rénale et exceptionnellement vers les voies excrétrices.

2) Pyonéphrose colibacillaire et la pyonéphrite xanthogranulomateuse :

- Elles donnent un rein énorme, très douloureux noyé dans un tableau de grande suppuration.
- La pyurie est massive.
- La germe est le colibacille mais rarement seul.
- La pyélonéphrite xantho-granulomateuse est de diagnostic histologique.

3) Pyonéphrose tuberculeuse :

- Réalise 1 gros rein de V^3 parfois considérable dont l'expression radiologique est une mutité rénale, ou une masse calcifiée.
- L'enquête étiologique permettra de poser le diagnostic :
  - antécédent de tuberculose pleuro pulmonaire
  - présence de BK dans les urines, les crachats et le sperme
- Elle correspond à une destruction du rein et l'évolution vers le rein mastic.

4) Le PPN :

- Issu de pus dans l'espace péri-rénal =>
  - Gros rein fébrile et douloureux
  - L'écho et la TDM font le dg.

❖ GROS REIN NON TUMORAL, NON OBSTRUCTIF :

- Hypertrophie compensatrice du rein : (rein controlatéral absent ou non fonctionnel).
- Malformations rénales:
  - Reins en fer à cheval
  - Symphyse rénale
  - Hypertrophie congénitales des reins.

III. TRT : Adaptée en fonction de l'étiologie

« Conclusion : Le diagnostic d'un gros rein implique une recherche étiologique urgente, dont la principale crainte est le cancer du rein nécessitant une enquête anamnestique, clinique et para-clinique pour adapter le plus tôt possible la meilleur thérapeutique **».**